

11/01/2018 - BANCO DO BRASIL - 16:04:39
385003850 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: PM MATINHOS -FUS
AGENCIA: 3850-4 CONTA: 18.156-0

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	11/01/2018
NR. DOCUMENTO	663.850.000.017.584
VALOR TOTAL	2.500,00

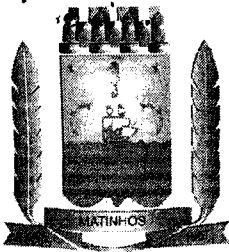
***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSAFÁ DINIZ ARAUJO FH
AGENCIA: 3850-4 CONTA: 17.584-6

NR. DOCUMENTO 663.850.000.018.156

=====

NR.AUTENTICACAO	C.3F7.990.8F3.2DB.5B5
-----------------	-----------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

CNPJ: 76.017.466/0001-61 CEP: 83.260-000
 End.: Rua Pastor Elias Abrahão, 22 Fone: 3971-6006
 Fax: 3971-6006 E-mail: financas@matinhos.pr.gov.br

NOTA DE EMPENHO

Nº do Empenho/Tipo
 000115/18 Ordinario Orcamentario

ORGÃO 12-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
 DOT. 28.846.0000.0.010.3390.93.03.02 INDENIZACOES - MAIS MEDICOS Nº CONTA 3770

CREDOR 9335-JOSAFÁ DINIZ DE ARAUJO FILHO CPF/CNPJ 017.546.171-66

ENDEREÇO FONE CIDADE
 LICITAÇÃO NÚMERO SOLICITAÇÃO PROC. COMPRA EMISSÃO
 Nao se Aplica OF. 016/18 08.01.18 08.01.18

VALOR ORÇADO 426.000,00 SALDO ANTERIOR 423.278,00 VALOR DO EMPENHO 30.000,00 SALDO ATUAL 393.278,00

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	12	1	Ajuda de custo cedida pelo Ministerio da Saude-Programa Mai Medicos-Decreto 059/2014, cfe. Oficio 034/2017: Janeiro a Dezembro/2018.	2500,0000	30.000,00

CONTRATO REDUZIDA 05125
 FONTE DE RECURSO 303-Saude - Receitas Vinculadas (EC 29/00) TOTAL LÍQUIDO 30.000,00

CONFERENTE

 IVO MENDES JUNIOR
 CRC/PR 047.334/O-2

TESOURARIA
 DATA DE PAGTO 11/01/18
 CHEQUE Nº OF 48
 BANCO 3930

 TESOURARIA

ORDENADOR DA DESPESA

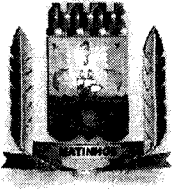
 Prefeito Municipal
 RUY HAUER REICHERT

EMITIDO 08/01/18
 LIQUIDAÇÃO 1/1

 EMITENTE

RECIBO
 DECLARO(AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS QUE RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTA GUIA DE PAGAMENTO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO, E PELA QUAL DOU(AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO

EM: 1/1 _____ NOME/CPF ASSINATURA



PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS

Estado do Paraná
Secretaria de Saúde

DECLARAÇÃO

Matinhos, 02 de janeiro de 2018.

Eu, **JOSAFÁ DINIZ DE ARAUJO FILHO**, Medico, portadora do **CRM/PR Nº 34.405 PR**, **CPF. Nº 017.546.17166 RG Nº 4815775/GO**, cedida pelo Ministério da Saúde no Programa Mais Medico. Declaro que recebi da Secretaria de Saúde de Matinhos /PR a importância no valor de R\$2.500,00 (**dois mil e quinhentos reais**), referente ao pagamento de ajuda de custo no mês de janeiro de 2018, conforme decreto **Nº 059/2014**.

Sem mais, coloco-me a disposição.

Atenciosamente

Josefa Diniz De Araujo Filho
MEDICO
CRM 34.405 PR
JOSAFÁ DINIZ DE ARAUJO FILHO
MEDICO-CRM Nº 34.405



PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS
ESTADO DO PARANÁ
RUA PASTOR ELIAS ABRAHÃO, 22

CNPJ: 76.017.466/0001-61

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 000068 EMPENHO: 000115/18 Ordinário

Órgão: 12 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Dotação: 288460000 0 010 339 93.00.00 INDENIZACOES - MAIS MEDICOS 05125
Projeto/Atividade: PAGAMENTOS DE INDENIZACOE E RESTITUICOES

Credor: 9335 JOSAFÁ DINIZ DE ARAUJO FILHO **CNPJ/CPF:** 017.546.171-66

Licitação: Nao se Aplica

Objeto da Despesa: INDENIZACOES - MAIS MEDICOS INDENIZACOES E RESTITUICOES
Valor da Liquidação: R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos ****reais*****

Retenções:

Total das Retenções:

VALOR LIQUIDO 000,00

303 Saude - Receitas Vinculadas (EC 29/00 -

Analisando a presente despesa, em fase de liquidação, constatamos:

- 1 - Nota de Empenho (NE) Original devidamente assinada.
- 2 - Nota Fiscal (NF) original, ou Fatura, ou Recibo original, com a assinatura e identificação do credor, ou Folha de Pagamento de Pessoal elaborada pelo setor competente, ou Ofício de Diária, ou Ofício de Adiantamento para Despesas com Viagem. No caso de despesa vinculada a contrato ou convênio, o pagamento solicitado está de acordo com o pactuado.
- 3 - Coincidência nos credores constantes na NE, NF e Recibo.
- 4 - Correlação dos valores constantes na NE, NF e recibo.
- 5 - Atestado de serviço prestado/recebimento de material, com data, assinatura e identificação do responsável.
- 6 - O interessado está em dia com as Certidões Negativas.

A despesa correspondente aos dados preenchidos neste formulário está devidamente liquidada, de acordo com o estabelecido no artigo 63 da Lei 4.320/64.

Considerando as informações acima, que significam a legalidade da despesa, responsabilizo-me pelo pagamento correspondente a esta liquidação, cujo valor bruto é R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos ****reais*****

descontando as deduções cabíveis de R\$ em conformidade com a Lei.

Matinhos, 10 de Janeiro de 2018.